

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, Examin.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, Suppl.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, Présid.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, Exam.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND.
DELMAS FILS.
VAILHÉ, Examinateur.
BROUSSONNET FILS.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Questions de Thèse tirées au sort. **N° 10.**

9.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DES PRINCIPALES DIFFORMITÉS DU BASSIN.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELS SONT LES SYMPTOMES ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS ET DES FISTULES BILIAIRES?

SCIENCES MÉDICALES.

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES FOURNIES PAR LE GENRE DE MALADIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DONNER LA THÉORIE DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE,

DANS LA SUPPOSITION DE DEUX FLUIDES.

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 3 FÉVRIER 1840,

PAR

P.-J.-C.-ALEXANDRE GRANIER,

DU PONT-DE-CIROU (AVEYRON),

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine, près la Place de la Préfecture, 10.

1840.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinat.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ, Président.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR, *Suppléant.*	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppl.*	MM. JAUMES.
BERTIN.	POUJOL.
BATIGNE, *Examin.*	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS fils.	FRANC.
VAILHÉ.	JALLAGUIER.
BROUSSONNET fils.	BORIES, *Examinateur.*
TOUCHY.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Témoignage de mon amour et de ma vive reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SOEURS.

Gage d'une amitié sincère.

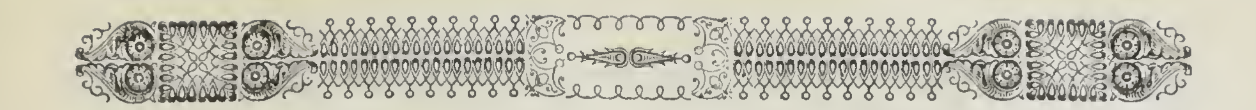
A MON BEAU-FRÈRE DELPECH.

Affection.

A tous mes Parents et Amis.

Souvenir.

A. GRANIER.



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales difformités du bassin.

—

Les difformités du bassin, ayant pour effet de changer les dimensions et les rapports de cette cavité, deviennent d'une grande importance, chez la femme, pour la pratique des accouchements; aussi avons-nous pensé devoir envisager notre sujet sous ce point de vue. Le médecin-accoucheur doit apporter la plus grande attention dans l'examen de ces difformités, puisqu'il est souvent appelé pour savoir si une femme nubile, affectée de claudication, de déviation du bassin, peut, sans payer de sa vie, s'engager dans les liens du mariage; il est aussi, et malheureusement plus souvent, appelé pour donner ses soins à une femme qui a conçu avec des vices de conformation.

Notre sujet se trouve ainsi divisé en plusieurs sections.

Dans une première, nous parlerons du bassin en général, des conditions nécessaires pour une bonne conformation, et des moyens à l'aide desquels on peut reconnaître si une femme est bien ou mal conformée.

Dans une seconde, nous décrirons les vices de configuration et les obstacles qu'ils opposent à l'accouchement heureux et facile.

Dans une troisième, enfin, nous donnerons les moyens que l'accoucheur doit mettre en usage pour y remédier.

SECTION PREMIÈRE.

Le bassin est une grande cavité osseuse, irrégulièrement conoïde, situé à la partie inférieure du rachis, supporté par les fémurs et servant de base à la colonne vertébrale ; il est formé par la réunion des deux os coxaux, du sacrum et du coccyx. Ces os sont unis entre eux au moyen d'articulations peu mobiles, mais dont la mobilité augmente à l'époque de l'accouchement.

Le bassin a été divisé en grand et en petit : le grand étant de peu d'importance pour la pratique des accouchements, nous n'en parlerons pas. Dans le petit bassin, au contraire, se passent les phénomènes les plus importants; c'est contre ses difficultés que l'accoucheur doit diriger ses moyens d'investigation : sous ce rapport, sa connaissance devient fort importante.

On considère au petit bassin deux détroits : l'un supérieur abdominal, l'autre inférieur périnéal. Le détroit abdominal est circonscrit par la base du sacrum, les os des îles et par les branches des pubis ; le détroit périnéal est circonscrit par le coccyx, les ligaments sacro-sciatiques et les branches des ischions.

Les dimensions de ces détroits ont été divisées en diamètres : ainsi, pour le détroit supérieur, le diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur est de quatre pouces, le diamètre iliaque ou transverse est de cinq pouces, les diamètres ilio-cotyloïdiens ont chacun quatre pouces et demi ; à la partie moyenne de l'excavation, le diamètre antéro-postérieur est de cinq pouces, un pouce de plus qu'à la partie supérieure, pour la profondeur de la courbure du sacrum.

Le détroit inférieur a environ quatre pouces d'étendue, en tout sens, dans l'état ordinaire ; le diamètre coccy-pubien augmente d'un demi-pouce ou d'un quart de pouce, quand le coccyx est repoussé en arrière.

La hauteur de l'excavation doit aussi être connue : on compte de la base du sacrum à sa pointe quatre pouces et demi, sans tenir compte de

sa courbure, qui n'est pas la même chez toutes les femmes ; la hauteur latérale ou ischiatique est de trois pouces et demi ; la hauteur antérieure ou pubienne, d'un pouce et demi.

Les axes du bassin sont pour l'accoucheur d'une grande importance. L'axe du détroit supérieur est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, suivant une ligne qui, partant de l'ombilic, irait tomber à l'extrémité inférieure du sacrum ; l'axe du détroit inférieur est dirigé d'arrière en avant, suivant une ligne qui irait de la base du sacrum au centre de la vulve : ces deux lignes forment, en se croisant dans l'excavation, un angle obtus.

Les dimensions que nous venons d'indiquer sont relatives à la tête de l'enfant et ne sont point arbitraires. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup-d'œil sur la femme et les dimensions de la tête d'un enfant à terme : ces dimensions sont de quatre pouces et demi pour le diamètre longitudinal ou occipito-mentonnier qui est le plus considérable, de trois pouces et demi d'une des bosses pariétales à l'autre, et d'une égale dimension de la base du crâne à son sommet.

Nous allons voir quels sont les signes à l'aide desquels on peut reconnaître si une femme est bien ou mal conformée ; ces signes sont fournis par l'inspection extérieure de la femme et par le pelvimètre ou mensuration du bassin.

Le médecin instruit peut, jusqu'à un certain point, juger d'une bonne ou mauvaise conformation, en examinant une femme extérieurement. Ainsi, la rondeur des hanches, leur égalité en largeur et en hauteur, la concavité peu prononcée mais bien arrondie des pubis, les épines antérieures et supérieures des os coxaux se trouvant sur la même ligne et présentant un écartement de huit à neuf pouces, une dépression légère de la chute des reins, une étendue de cinq à six pouces du centre de cette dépression à la pointe du coccyx, sont autant de signes qui peuvent nous faire présumer, sinon certifier, qu'une femme est bien conformée.

Le défaut de largeur, d'élévation des hanches, une saillie ou une dépression trop considérable du pubis, le rapprochement ou l'écartement trop considérable des épines antérieures et supérieures des os coxaux,

enfin les signes contraires à ceux que nous venons de mentionner, sont autant de signes qui dénotent l'existence de quelque vice de conformation.

On ne pourra jamais, à la simple inspection extérieure, déterminer d'une manière exacte quelle est la nature de la difformité; aussi doit-on avoir recours à des moyens plus précis, à ceux que nous fournit le pelvimètre.

Nous nous contenterons d'indiquer, sans les décrire, les pelvimètres qui nous paraissent offrir le plus d'avantages dans la pratique.

Les plus usités sont ceux de Baudeloque, de Coutouly, de Stein, de Stark, de Siméon et de Madame Boivin.

Le compas d'épaisseur de Baudeloque nous paraît devoir mériter la préférence, à cause de sa simplicité et de la facilité avec laquelle on peut l'employer. Voici la manière de s'en servir : pour le diamètre antéro-postérieur, on place l'un des boutons sur l'apophyse épineuse de la première fausse vertèbre du sacrum, et l'autre au-devant du pubis. Si le bassin est bien conformé, on doit trouver sept pouces entre les branches du pelvimètre : il faut sur cette longueur défalquer trois pouces, deux pouces et demi pour la base du sacrum et un demi-pouce pour la symphyse du pubis; il reste quatre pouces, étendue réelle du diamètre antéro-postérieur. L'embonpoint ou la maigreur des sujets est si variable, que cet instrument est d'un faible secours pour mesurer les diamètres obliques. On peut aussi se servir de ce compas pour mesurer la distance qui existe entre les tubérosités ischiatiques, les épines antérieures et supérieures des os coxaux. Cet instrument ne peut pas nous faire apercevoir les rétrécissements produits par une exostose.

Le pelvimètre de Coutouly pourrait nous donner une idée assez exacte sur le diamètre antéro-postérieur, puisqu'il est destiné à être porté dans l'intérieur du bassin. Mais comment, sans alarmer la pudeur, mettre en usage un pareil instrument chez les jeunes filles? Il est, d'ailleurs, d'une application difficile, douloureuse, et se déplace avec une extrême facilité.

Le pelvimètre de Stein est basé sur celui de Coutouly et offre à peu près les mêmes inconvénients.

Celui de Stark est d'une extrême simplicité, mais malheureusement cet

instrument ne peut être mis en pratique, parce que son application exige l'introduction de toute la main dans les organes de la femme.

Siméon n'a fait que modifier d'une manière plus ou moins heureuse le pelvimètre de Baudeloque.

Parmi ceux destinés à être introduits à l'intérieur, l'intro-pelvimètre de Madame Boivin mérite la préférence. La branche principale de cet instrument est introduite dans le rectum et appuyée sur l'angle sacro-vertébral, tandis que la branche mobile portée dans le vagin est ramenée derrière la symphyse du pubis.

L'emploi des mains a été aussi mis en usage pour mesurer le bassin. M. Velpeau a conseillé de porter toute la main dans l'intérieur du vagin, d'écarter le pouce de l'indicateur, de sorte que l'extrémité de l'un soit fixée sur l'angle sacro-vertébral, celle de l'autre derrière les pubis; de retirer ensuite la main, en maintenant l'écartement des doigts, et de les rapprocher d'un pied pour juger du degré d'étendue du diamètre antéro-postérieur. Cette manière de procéder a les mêmes inconvénients que ceux déjà reprochés à l'emploi du pelvimètre de Stark.

Il est rare de pouvoir arriver avec un seul de ces moyens à un résultat précis; en les employant concurremment, les erreurs se corrigent l'une par l'autre, comme le dit Désormeaux.

SECTION DEUXIÈME.

On entend par vice de configuration du bassin, toute conformation qui s'éloigne de celle que nous venons de décrire assez pour troubler l'ordre naturel de l'accouchement et le rendre plus ou moins difficile. Ils consistent tous dans l'excès ou le défaut de largeur de cette cavité. Il semblerait d'abord que l'accouchement devrait être d'autant plus heureux que le bassin est plus large; si cependant on consulte l'expérience, on voit assez souvent que les femmes qui offrent cette disposition sont sujettes à une foule d'inconvénients ou même d'accidents, qui n'ont pas seulement lieu au moment de l'accouchement, mais qui peuvent également se manifester pendant tout le cours de la grossesse.

Les accidents qui dépendent d'un excès de grandeur sont, durant la

grossesse, la descente de l'utérus, son obliquité plus ou moins grande, une antéversion ou une rétroversion, la compression du rectum et des vaisseaux voisins. Si la femme évite ces premiers dangers, l'utérus peut prendre, en continuant de se développer, des directions très-vicieuses, et donner au fœtus une fort mauvaise position au détroit supérieur; mais c'est pendant le travail que les femmes sont plus exposées : il pourra y avoir alors chute complète de l'utérus, renversement de cet organe. Il est cependant vrai de dire que les accidents qui résultent de trop d'étendue sont moins dangereux que ceux qui proviennent d'une trop grande étroitesse, ces derniers vices pouvant influer tout à la fois sur la vie de la mère et sur celle de l'enfant.

Les vices par défaut d'étendue peuvent affecter les détroits abdominal, périnéal et l'excavation. Il est très-rare de trouver les deux détroits rétrécis en même temps.

Le détroit abdominal présente, dans ses vices de configuration, une forme plus ou moins bizarre, celle d'un rein, d'un triangle, d'un cœur, d'un huit de chiffre, etc. Ceux qui attaquent ce détroit sont plus fréquents; ils affectent presque toujours le diamètre sacro-pubien; ils sont occasionnés par le rapprochement de la saillie sacro-vertébrale de la symphyse du pubis. Cette dernière peut aussi se rapprocher de la saillie sacro-vertébrale : Charles Bell cite un exemple d'un bassin dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que trois lignes d'étendue.

Les diamètres obliques peuvent aussi être rétrécis, ou tous les deux en même temps, ou un seul d'entre eux.

Quant au diamètre transverse, il est extrêmement rare d'y rencontrer quelque vice.

Le détroit périnéal présente les mêmes vices de configuration; ce détroit est le plus souvent rétréci suivant le diamètre ischiatique. Le diamètre coccy-pubien peut être rétréci par trop de courbure du coccyx, ou par l'abaissement de la symphyse du pubis : les diamètres obliques de ce détroit n'offrent presque jamais d'altération.

L'excavation peut être viciée, ou par une trop grande courbure du sacrum, ou par son aplatissement.

On a observé, outre ces vices de conformation, des exostoses dans l'excavation du bassin, sur la saillie sacro-vertébrale et sur l'arcade des pubis ; on a vu aussi l'ossification des ligaments sacro-sciatiques, quelquefois de toutes les symphyses.

Le rachitisme et la syphilis sont les principales causes qui donnent lieu aux vices de configuration. Le vice rachitique surtout, se manifestant dans les premières périodes de la vie, arrête le développement des os, s'oppose à ce qu'ils acquièrent un degré de fermeté nécessaire pour supporter le poids du corps ; ils s'affaissent sur eux-mêmes et changent plus ou moins de forme, selon le degré d'intensité de la maladie.

Après avoir indiqué les vices les plus communs et les maladies qui les occasionnent le plus souvent, voyons les obstacles qu'ils apportent à l'accouchement.

Quand les deux détroits sont viciés à la fois, ce qui à la vérité est fort rare, les obstacles se manifestent au commencement et durent jusqu'à la terminaison de l'accouchement. Il faut faire observer, lorsqu'un seul détroit est déformé, qu'assez souvent l'un acquiert ce que l'autre offre en moins. Il résulte de-là une conséquence toute pratique : c'est que, si le détroit supérieur est vicié, la tête arrêtée d'abord exige des efforts violents de la part de la matrice ; mais, une fois l'obstacle surmonté, elle s'échappe avec la plus grande facilité, à moins qu'elle ne soit retenue par les parties extérieures de la génération, comme cela a lieu assez souvent dans un premier accouchement.

On observe le phénomène contraire, si le rétrécissement porte sur le détroit périnéal. Le travail commence sous les plus heureux auspices ; la tête de l'enfant n'éprouve d'abord aucune résistance, tombe dans l'excavation, et tout semble annoncer un accouchement prompt et facile ; mais bientôt l'obstacle qu'oppose le détroit inférieur détruit ces illusions flatteuses. C'est alors que l'utérus est obligé de doubler d'énergie pour faire franchir l'obstacle : il est prudent, si cet obstacle est trop grand, de ne pas laisser épuiser tout-à-fait la femme, et de mettre en usage les moyens que nous indiquerons.

Quand le diamètre antéro-postérieur du bassin au détroit abdominal est

de quatre pouces moins un quart, trois pouces et demi, nul doute que l'accouchement pourra se terminer par les seules forces de la nature.

Si le diamètre n'a que trois pouces, l'accouchement à terme est difficile et même quelquefois impossible; mais quand ce diamètre n'a que deux pouces et demi, l'accouchement est souvent impossible.

Quand le diamètre coccy-pubien n'a que trois pouces, trois pouces moins un quart, résultant de la soudure du coccyx avec la pointe du sacrum, les obstacles qui en résultent sont très-grands; ils le deviennent davantage s'ils résultent de l'abaissement de la symphyse du pubis, car alors la rétrocession du coccyx est illusoire. Mêmes dangers lorsque les tubérosités ischiatiques auront une longueur ou une direction contre-nature.

Les vices de l'excavation peuvent devenir un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement. Le sacrum droit et aplati offre moins d'obstacles que sa trop grande courbure. Séverin Pineau a vu une exostose, née de la partie postérieure des pubis, être un obstacle à la terminaison de l'accouchement.

Les déviations de la colonne épinière sont aussi la source de grands obstacles. Si le rachitis se porte à droite, l'utérus s'incline du côté gauche, et *vice versâ*. La déviation étant en avant, l'utérus se porte de l'un ou de l'autre côté, ou bien en avant, et forme alors une grossesse en besace. Ces obliquités donneront au fœtus une mauvaise position.

Il faut faire remarquer que l'étroitesse du bassin n'amène pas toujours l'impossibilité de l'accouchement facile. Un diamètre peut être rétréci d'un côté, mais de l'autre conserver sa conformation naturelle, et permettre à la tête de l'enfant de sortir heureusement.

Ayant déjà parlé des accidents qui sont le résultat de la trop grande amplitude du bassin, nous allons passer aux divers moyens que l'accoucheur doit mettre en usage dans les différentes difformités.

SECTION TROISIÈME.

Nous allons examiner, lorsque l'accoucheur aura reconnu un vice de conformation, soit par le toucher ou par les divers moyens que nous avons indiqués, quels sont les moyens qu'il doit mettre en usage.

Dans un bassin où le diamètre antéro-postérieur aura quatre pouces moins un quart, ou même trois pouces et demi, les seules forces de la nature pourront suffire pour terminer l'accouchement. Baudeloque conseille, lorsque le diamètre antéro-postérieur du bassin n'a que trois pouces, trois pouces moins quelques lignes, d'employer le forceps, quoique dans ce cas il puisse avoir des suites fâcheuses par la pression qu'il exerce sur la tête de l'enfant; mais si le bassin avait à peine trois pouces, ou même moins, de devant en arrière, non-seulement l'accouchement ne pourrait pas avoir lieu par les seules forces de la nature, le forceps même ne pourrait le terminer. Nous pensons que la section de la symphyse du pubis est indispensable dans un cas semblable. L'opération de la symphysotomie ne devra être pratiquée qu'autant que le bassin présentera deux pouces ou deux pouces un quart de devant en arrière; au-dessous de cette dimension, l'opération césarienne est seule capable de procurer la sortie de l'enfant, l'expérience ayant démontré qu'on n'obtiendrait l'écartement nécessaire qu'en s'exposant à la déchirure des symphyses sacro-iliaques.

Les diamètres obliques peuvent être portés à différents degrés de rétrécissement : un seul peut être rétréci ou tous les deux ensemble. Dans le premier cas, en refoulant la tête du côté opposé, on peut parvenir à la faire plonger dans l'excavation; si ce moyen ne suffit pas, on peut appliquer le forceps. Dans le second cas, heureusement fort rare, la symphysotomie peut être utile pour terminer l'accouchement; enfin, dans ces déformations bizarres, l'accouchement ne peut guère avoir lieu que par l'opération césarienne.

Le diamètre transversal, rarement rétréci, peut cependant le devenir. Quand ce diamètre n'a que quatre pouces, le levier peut suffire pour faire franchir le rétrécissement; mais suivant que l'étroitesse serait portée à un degré plus ou moins considérable, il faudra avoir recours à l'une des deux grandes opérations.

Les vices de configuration du détroit inférieur étant en général beaucoup plus rares, et affectant presque toujours le diamètre transversal, les moyens d'y remédier, sous le rapport de l'accouchement, sont aussi et

plus simples dans leur application et moins dangereux dans leurs effets.

Lorsque le diamètre coccy-pubien n'a que quatre pouces, y compris la rétropulsion du coccyx, l'accouchement devient difficile ; il peut cependant avoir lieu par les efforts redoublés de la femme. Si ce diamètre offre moins de quatre pouces d'étendue, il faut avoir recours à l'application du forceps. Si les branches des pubis sont trop rapprochées, l'occiput tend à se placer sous la symphyse, et l'enfant tend à sortir par la face, ce qui est impossible. L'application du levier peut ramener la tête à sa direction naturelle et en faciliter la sortie. Si ce moyen ne suffit pas, on applique le forceps.

Lorsque le diamètre transverse n'a que trois pouces et demi, trois pouces un quart, les seules forces de la nature peuvent terminer l'accouchement, par la facilité avec laquelle la tête de l'enfant se laisse déprimer sur ses parties latérales. On doit soutenir le courage de la femme, l'engager à faire valoir fortement ses douleurs, et favoriser les contractions utérines lorsqu'elles ne sont pas assez énergiques. Mais si ce diamètre n'offre que trois pouces, trois pouces moins un quart, il faut appliquer le forceps. Au-dessous de cette étendue, il faut pratiquer l'opération de la symphysotomie ou l'opération césarienne.

La position de la femme, dans les cas où une déviation de la colonne vertébrale a donné à l'utérus des inclinaisons vicieuses, suffit le plus souvent pour ramener l'axe de la matrice à celui du détroit supérieur.

Voyons quels sont les moyens à mettre en usage lorsque la trop grande amplitude du bassin a donné lieu à des accidents.

Pendant les premiers mois de la grossesse, s'il est survenu une chute de l'utérus, on le refoule et on le soutient par un pessaire. Dans le cas d'antéversion, on introduit les doigts entre le sacrum et la paroi postérieure de la matrice et on refoule le corps. Les accidents qui surviennent pendant l'accouchement sont fort difficiles à prévenir. Pendant le travail, on aura le soin de soutenir la tête du fœtus et de dire à la femme de modérer ses contractions, afin que l'utérus ne soit pas poussé avec l'enfant.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les symptômes et le traitement des tumeurs et des fistules biliaires?

Toutes les fois que le cours de la bile se trouvera intercepté à travers les canaux qui lui donnent passage, n'importe la cause, le fluide s'accumulera dans la vésicule du fiel et formera une tumeur dans la région hypocondriaque droite. Il importe beaucoup de distinguer une tumeur de ce genre de celle résultant d'un abcès dans le parenchyme du foie. Les signes qui peuvent servir à faire distinguer la tuméfaction de la vésicule d'un abcès au foie, sont assez équivoques. Il n'est pas étonnant que les préliminaires de ces maladies soient les mêmes, puisque l'inflammation de ces parties donne souvent lieu aux abcès du foie et à la rétention de la bile dans la vésicule du fiel.

M. Petit, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, cite plusieurs cas dans lesquels des tumeurs biliaires ont été prises pour des abcès. Il cite entre autres le fait d'une demoiselle qui portait à la région du foie une tumeur accompagnée de fluctuation et qui fut prise pour une hydropisie enkystée : la ponction fut faite, et il sortit au lieu de sérosité deux pintes de bile.

La tumeur causée par l'abcès diffère de celle produite par l'accumulation de la bile, en ce qu'elle n'est point circonscrite ; elle paraît confondue dans

les téguments, au lieu que la tumeur de la vésicule est distincte et sans confusion. La tumeur formée par la vésicule est toujours placée au-dessous du rebord cartilagineux des fausses côtes droites; tandis que la tumeur de l'abcès au foie occupe indistinctement tous les points de la région épigastrique. La fluctuation s'aperçoit presque subitement dans la tumeur biliaire, dès le premier moment elle n'est point équivoque et presque aussi manifeste dans la circonférence que dans le centre; elle reste le plus souvent long-temps avant que de paraître dans celle de l'abcès, commence par le centre et s'étend peu à peu à la circonférence.

Walther cite un exemple d'une tumeur biliaire qui descendait jusque dans l'hypogastre.

Les malades se plaignent d'une douleur obtuse, ils deviennent jaunes, les selles sont ordinairement décolorées; on a cependant observé plusieurs fois que, quoique la bile fût retenue dans la vésicule du fiel, les malades faisaient des selles bilieuses. Quelquefois ces malades peuvent, sans être fortement incommodés de cette affection, se livrer à leurs occupations; mais lorsque les parois de la vésicule s'enflamment, la douleur augmente, des hoquets, des vomissements surviennent, la fièvre s'allume; il peut arriver alors que la tumeur s'ouvre spontanément et se vide. Lorsque la vésicule a contracté des adhérences avec les intestins, l'ouverture peut se faire dans ceux-ci, ce que l'on reconnaît aux selles bilieuses que rend le malade. La bile peut encore avoir une issue dans le péritoine, au-dehors, dans le cas où des adhérences auraient été établies entre la vésicule et les parois abdominales, et qu'elles se seraient enflammées à leur tour et perforées de dedans en dehors. Quand l'ouverture s'est faite à l'intérieur, le danger est toujours considérable; il l'est beaucoup moins si elle s'est ouverte à l'extérieur.

La fistule, qui est le résultat d'une opération ou de l'ouverture spontanée, ne tarde pas à guérir lorsque la cause cesse d'agir; mais si la cause persiste, comme seraient des calculs volumineux dans le canal cholédoque, le trajet fistuleux demeure permanent, et le malade périt des suites de l'altération que la nutrition éprouve par le défaut du concours de la bile à l'acte de la digestion. Bloch cite des cas où l'ouverture qui en résulte et

qui demeure fistuleuse laissait échapper plusieurs onces de bile par jour.

Dès que les premiers symptômes se manifestent, corps teint en jaune, hypocondre droit douloureux, excréments d'une expulsion difficile, selles grisâtres, etc, on doit administrer à l'intérieur des purgatifs drastiques, afin d'imprimer de fortes secousses à tout le canal intestinal, et faire cesser par ce moyen l'obstruction des voies biliaires que ces signes annoncent.

Les saignées générales et locales, les bains, les cataplasmes, les boissons délayantes et adoucissantes, sont les moyens qu'il convient de mettre en usage. Sabatier a vu guérir une tumeur biliaire très-volumineuse, à l'aide d'un régime végétal, de boissons faites avec les racines d'asperges et le petit-houx, du suc de cerfeuil avec addition d'acétate de potasse à la dose de quatre grammes, et des pilules de savon médicinal et de gomme ammoniaque.

Lorsque la vésicule biliaire distendue et enflammée a contracté des adhérences avec les parois abdominales, et que l'abcès biliaire a envahi ces mêmes parois, alors seulement on doit en faire l'ouverture. Une ponction faite avant peut déterminer un épanchement de bile mortel dans la cavité du péritoine.

Les fistules ne réclament d'autres soins que ceux de propreté, ceux qui consistent à prévenir l'infiltration des liquides bilieux et purulents dans l'épaisseur des parois abdominales.

SCIENCES MÉDICALES.

Des indications thérapeutiques fournies par le genre de maladie.

Quand on considère l'ensemble des états morbides, on reconnaît que les divers cas dont il se compose sont tellement multipliés, qu'il serait impossible à l'esprit le plus vaste, à la mémoire la plus heureuse, de les

embrasser tous, soit dans leur étude, leur description ou leur traitement. L'homme de l'art, pour faciliter son travail, se crée une méthode, groupe les faits analogues, en forme des associations partielles, dont le lien est formé par les rapports des caractères généraux des individualités rapprochées : de-là les grandes divisions de la pathologie en classes, ordres, genres, espèces et variétés.

En général, on reconnaît en pathologie trois grandes classes de lésions : lésions physiques, organiques et vitales, dont la clef se trouve dans la cause productrice. Ces trois grandes classes comportent une série de subdivisions dont nous devons parler.

Les lésions physiques dépendent de causes violentes ou de causes inconnues dans leur manière d'agir, mais dont les effets portent sur la structure physique des parties qui sont le siége de l'altération. Les lésions physiques dépendant d'une cause violente sont accidentelles, et se rangent suivant qu'il s'agit de contusions, piqûres, divisions, plaies contuses. Toutes les individualités traumatiques peuvent se ranger dans ces grandes coupes, et elles nous offriront bientôt d'autres points de contact dans les considérations thérapeutiques que nous rechercherons.

Les lésions organiques forment une classe importante, dans laquelle les genres sont les plus multipliés. Là se trouvent les inflammations, les scrophules, les maladies syphilitiques, les maladies aiguës et les maladies chroniques, les lésions affectives si graves qui se traduisent par des productions morbides désignées sous le nom de *cancer*, etc. Ces divers groupes composent autant de genres morbides dont la thérapeutique a la plus grande analogie. Pour nous, toutefois, les lésions organiques se composent de deux grandes classes : celles dans lesquelles la texture organique ne peut revenir à son état ordinaire sans qu'il y ait un tissu nouveau de produit, et celles dans lesquelles un tissu morbide nouveau est enfanté.

Les lésions vitales sont aussi fort nombreuses ; elles réunissent toutes les individualités morbides dans lesquelles le dynamisme vivant semble être atteint, ou dont aucune trace anatomo-pathologique ne peut annoncer ni le début, ni le mode d'action, ni même l'existence : ici se rangent les diverses névroses, les fièvres de mauvais caractère, le choléra-morbus, le

tétanos, la commotion générale, etc. Ces diverses maladies peuvent se ranger en trois genres, suivant qu'il y a exaltation, affaissement ou perturbation des propriétés vitales. Ces distinctions étant posées, et ce qu'on entend par genre en pathologie étant fixé, voyons quelles conséquences thérapeutiques cette connaissance peut entraîner.

Nous avons dit que la formation de ces divers genres avait surtout pour base la considération des causes et de la nature de la maladie ; c'est là aussi la source des plus pressantes indications en thérapeutique. Un genre bien formé indiquera donc déjà au praticien la médication générale ; ainsi, quand je saurai que le genre soumis à mon examen se distingue par la nature physique de la cause, je saurai déjà que c'est principalement dans cet élément que l'indication se trouve.

Quand il s'agira d'une maladie organique, la distinction du genre affectif sera pour moi d'un grand secours, car il m'indiquera le principal élément et le but de la médication : ainsi, il s'agit d'un individu portant une maladie cancéreuse des parois du thorax, survenue sans cause appréciable, sans maladie antérieure de la partie qui en est le siége ; on ne peut admettre là une dégénérescence morbide par l'effet d'un travail de phlegmasie chronique. Il est évident que, dans ce fait, il y a eu dépôt en nature d'une matière pathologique, et que ce dépôt est l'effet d'une disposition vicieuse de l'ensemble de l'organisme, qu'il s'agit d'une maladie affective. Cette connaissance est de la plus haute importance thérapeutique ; elle indique que le mal n'est pas toute la maladie, et que la principale, la véritable se trouve dans l'ensemble de l'économie, où il faut la chercher. Enlevez en effet cette tumeur, vous pourrez obtenir facilement la réunion des lèvres de la solution de continuité, vous pourrez procurer au malade un soulagement d'une ou de plusieurs années, avec l'apparence même d'une forte santé ; mais gardez-vous de croire et surtout de promettre une guérison à l'abri de toute récidive, l'événement vous démentirait trop souvent, et les plus grands praticiens ont vu à peine quelques cas de non-récidive sur un grand nombre d'opérations de ce genre. La thérapeutique demanderait donc dans ces cas un auxiliaire puissant propre à combattre cette fâcheuse affection, mais que l'art n'a pas encore trouvé.

Poursuivons les indications thérapeutiques qu'entraîne le genre affectif; prenons une maladie tirée du même genre, l'affection scrophuleuse par exemple. Vous avez affaire à un individu issu de parents morts phthisiques et présentant lui-même des symptômes graves de cette terrible affection; mais en même temps il existe une tumeur blanche, dont le degré avancé réclame les secours puissants de la médecine opératoire : gardez-vous, dans ces cas, de céder aux vœux du malade; n'oubliez pas que la lésion articulaire se lie à un état général affectif, dont l'action a produit la tumeur blanche aussi bien que la tuberculisation des poumons, et peut-être d'autres organes. Une telle négligence de l'étude de l'ensemble vital entraînerait inévitablement la perte de l'opéré.

Il s'agit d'un ulcère rebelle à tous les moyens déjà employés, et qui cependant ont été fort nombreux; vous reconnaissez que la maladie dont vous observez les traits est un ulcère : voilà l'ordre morbide. Mais dans cet ordre il est une infinité de genres : le scrophuleux, le scorbutique, le dartreux, le cancéreux, le syphilitique, etc. C'est pour n'avoir pas constaté le genre que les traitements antérieurs ont été si nombreux et si inefficaces. Enfin, après bien des recherches, bien des questions adressées au malade, vous parvenez à constater qu'il s'agit d'un ulcère du genre syphilitique. Cette connaissance est la source la plus importante du traitement; sur elle doit reposer la base de la thérapeutique.

Un individu est pris d'une pneumonie : c'est une maladie organique, voilà la classe; c'est aussi une maladie du poumon, voilà l'ordre. Mais parmi les maladies du poumon désignées du nom de *pneumonies,* il en est de plusieurs genres; le plus souvent le genre inflammatoire se présente, mais quelquefois le genre bilieux est celui auquel la thérapeutique doit s'adresser : vous devez donc prendre vos indications dans l'un ou l'autre genre de pneumonie. Toutefois, parmi les pneumonies inflammatoires, toutes n'ont pas la même marche : l'une sera, dès le début, aiguë, tandis que l'autre sera chronique. Ce sera là encore une source d'indications thérapeutiques.

La périodicité forme un genre de maladies très-multipliées, qui donne au praticien des indications tellement précises, qu'il est presque assuré de

guérir son malade dès qu'il a constaté la périodicité de l'état morbide.

Parmi les fièvres dites essentielles, nous ne choisirons pas celles appelées intermittentes périodiques, parce que tout le monde est à même d'observer les heureux effets de l'anti-périodique à leur égard. Ce que l'on remarque moins généralement, c'est la périodicité des exacerbations dans les fièvres rémittentes : aussi les vrais praticiens s'attachent-ils à reconnaître le retour à peu près fixe des exacerbations fébriles, surtout dans les fièvres rémittentes malignes, où la persistance des accès et leur multiplicité a de si fâcheux résultats. En constatant la périodicité, le médecin est à peu près sûr d'arrêter les progrès d'une affection trop souvent mortelle.

Il est un grand nombre de maladies qui se rangent dans le genre périodique. Tout le monde connaît les observations du professeur Delpech sur les hémorrhagies périodiques, combattues avec le plus grand avantage par les préparations de quinquina. Des ophthalmies ont parfois présenté le même caractère ; et d'abord, vainement attaquées par la méthode antiphlogistique, elles ont cédé seulement à l'usage de l'anti-périodique. Plusieurs névralgies en diverses parties du corps ont été observées avec la périodicité, et combattues avec avantage d'après la connaissance du genre auquel elles appartenaient.

Nous avons dit, en parlant de lésions physiques, que la considération du genre fournissait à la thérapeutique des indications majeures. Les contusions, les plaies contuses, les divisions, etc., se rangent dans cette classe et forment des genres distincts. La considération de la classe traumatique présente deux grandes indications : celle de la période nerveuse ou de la commotion, et celle de la période de réaction. Mais le genre morbide donne, à son tour, d'autres indications thérapeutiques : ainsi, il s'agit d'une division de tissu, il faut arrêter le sang et réunir les lèvres de la plaie ; a-t-on affaire à une plaie contuse, on ne peut réunir immédiatement s'il n'est pas possible de régulariser les lèvres de la plaie, ou si l'attrition de la peau est telle que des escarres étendues doivent se détacher. Ces remarques sur les plaies contuses trouvent leur application dans les plaies d'armes à feu où l'attrition est portée au plus haut degré.

Les lésions vitales forment une grande classe où se rencontrent plusieurs

genres dans lesquels les forces vitales sont exaltées, déprimées ou troublées. De la considération de cet état morbide ressort l'indication de modérer l'action dynamique ou d'en rehausser le ton abattu, tandis qu'en certains cas il faut régler cette même action pervertie et la ramener à son type normal. Quoi qu'il en soit, c'est à l'ensemble du système vivant que le praticien doit s'adresser ; c'est à une médication principalement générale qu'il doit avoir recours.

Nous pourrions poursuivre ce sujet et montrer des applications fort multipliées de la connaissance du genre de la maladie ; mais ce que nous avons dit suffit, ce nous semble, pour prouver que nous avons compris la question qui nous avait été imposée. En nous résumant à ce sujet, nous dirons que les genres morbides, étant surtout constitués par la considération de la cause et de la nature de la maladie, offrent à la thérapeutique les principales sources de toute indication ; que, cette médication générale étant établie, les modifications du traitement portent seulement sur des circonstances accessoires qui constituent une individualité morbide. Ainsi, quand j'ai reconnu un ulcère, j'ai constaté que le cas actuel doit être rangé dans le grand ordre des ulcères ; mais en reconnaissant un ulcère syphilitique, j'établis le genre morbide et par suite la méthode générale de traitement. Enfin, si l'ulcère siège aux paupières, par exemple, je dois ajouter à cette indication fondamentale les soins particuliers exigés par la position de la maladie.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Donner la théorie de l'électricité statique, dans la supposition de deux fluides.

Les physiciens ont supposé, pour l'explication des phénomènes connus, l'existence d'un fluide double situé dans la couche d'air qui environne notre planète et même au-dessus. Ce fluide, appelé *éther,* se compose de

deux fluides impondérables, regardés par les physiciens comme des quantités réelles nommées électricité *positive* et *négative*, en raison des propriétés adverses dont ils sont doués. La théorie qui étudie l'action de ce fluide double ou des deux fluides réunis, forme le système de l'électricité dynamique; tandis que, lorsque l'on examine l'influence réciproque de ces deux fluides l'un sur l'autre, on entre dans le domaine de l'électricité statique. Malgré les travaux de Galvani, Franklin, Volta et d'autres physiciens, il est encore plusieurs points obscurs dans cette partie de la physique. Nous nous contenterons de donner un aperçu sur les principes connus en électricité statique.

D'après la théorie de Symmer, ou des deux fluides que l'on nous donne à examiner, les principes de l'électricité statique peuvent se réduire aux suivants: 1° l'existence d'un fluide appelé *éther*, répandu dans l'atmosphère et dans notre globe, formé par la combinaison de deux fluides secondaires de manière à se faire équilibre; 2° ces deux fluides isolés s'attirent ou se repoussent suivant qu'ils sont de nom contraire ou de même nom; 3° tous les corps ont la faculté de conduire ou de laisser circuler le fluide électrique, mais ils ont cette propriété à des degrés bien différents, ce qui a fait admettre des corps bons et des corps mauvais conducteurs; 4° la propriété qu'ont les deux fluides, positif et négatif, de s'attirer ou de se repousser, s'exerce en raison inverse du carré de la distance; 5° les deux fluides appelés par les physiciens français *vitré* et *résineux*, tendent à se mettre en équilibre, c'est-à dire à se neutraliser dans les corps qui les contiennent; 6° quand l'un de ces fluides est en excès dans un point, il manifeste sa présence par des phénomènes dits électriques, et cette tension électrique dans les divers corps se passe en raison inverse des diamètres. Telles sont les lois auxquelles on est arrivé.

Pour poursuivre chaque loi dont nous venons de parler, il faudrait un tout autre espace que celui que nous pouvons lui accorder dans ún travail comme celui-ci; aussi nous nous contenterons des remarques suivantes.

L'équilibre des deux fluides combinés est démontré par la tension électrique et ses conséquences, quand l'un des fluides impondérables se trouve accumulé sur un point.

Quand on électrise au moyen du frottement exercé sur un morceau de verre, une boule de sureau, par exemple, suspendue à un fil isolant de soie, et qu'ensuite on approche de cette boule un bâton de cire d'Espagne électrisé résineusement par le frottement, on voit aussitôt la boule de sureau éprouver un recul ou répulsion, d'autant plus marqué que les deux fluides mis en présence sont plus abondants. Ces diverses expériences de Coulomb et autres ont démontré que le charbon, la paille, les métaux, tous les corps liquides, à l'exception des huiles grasses, sont de bons conducteurs du fluide ; tandis que le verre, la graisse, les résines, la fibre animale, le bois sec, etc, sont de mauvais conducteurs de ce même fluide. C'est au moyen de la torsion du fil métallique de sa balance électrique que Coulomb est parvenu à démontrer la quatrième loi. Les deux dernières découlent de celles dont nous venons de parler, et nous n'avions pas à décrire les phénomènes électriques.

Fin.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° 11.

10.

SCIENCES MÉDICALES.

Quelles sont les causes et le traitement de la fièvre intermittente ?

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les phénomènes tant primitifs que consécutifs propres aux plaies d'intestin ?

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Du mode de développement des os de la face.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer comment l'organe de la voix peut produire des sons beaucoup plus graves que ses dimensions ne semblent l'indiquer.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 5 Février 1840 ;

PAR

Antoine-Henri Latieule,

de Villecomtal (AVEYRON) ;

Élève de l'École-pratique d'anatomie, premier Chirurgien externe, par ancienneté de service, de l'Hôpital St-Éloi.

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1840.